

AS REPERCUSSÕES DA DOENÇA CARDIOVASCULAR NA QUALIDADE DE VIDA DE ADULTOS: RELATO DE EXPERIÊNCIA

[The repercussions of cardiovascular illnesses: case history]

Karyna Turra*

Carla Trentin*

Debora S Ribeiro*

Maria de Fátima Mantovani**

Ymiracy do Nascimento de Sousa Polak***

RESUMO: Trata-se de um relato de experiência do projeto de Extensão da Universidade Federal do Paraná, intitulado “O Adulto com Problemas Cardiovasculares e o processo de Redefinição de sua Identidade frente à Cronicidade”, cujo objetivo era identificar as repercussões das mudanças no cotidiano de indivíduos com problemas cardiovasculares, internados em um Hospital da Região Metropolitana de Curitiba. Para a realização desse estudo, criou-se um instrumento de coleta de dados. Previamente testado, que foi aplicado de acordo com os preceitos éticos de participação voluntária e esclarecida, duas vezes por semana no período da tarde, durante o ano de 2000. Participaram do estudo 22 clientes, que eram visitados no pré e pós-operatório, sendo 14 homens e 8 mulheres na faixa etária de 27 a 75 anos. As mudanças ocorridas no cotidiano dessa clientela estavam relacionadas principalmente ao trabalho e prática de exercícios físicos, à alimentação e ao hábito de fumar, sendo enfatizada a importância do apoio familiar para o enfrentamento dos problemas. Os resultados desse estudo apontam para a criação de grupos de convivência visando a promoção da qualidade de vida aos clientes portadores de problemas crônicos de saúde, uma vez que tais grupos viabilizariam a troca de experiências e informações entre pessoas que passaram por situações similares.

PALAVRAS-CHAVE: Doença crônica; Enfermagem; Doenças cardiovasculares; Qualidade de vida.

1 INTRODUÇÃO

No século XX, o homem praticamente venceu a tuberculose, a varíola e as formas fatais de gripe, mas a sua agitação típica introduziu a dura realidade do infarto na rotina das famílias (Weinberg, 1999), podendo-se afirmar que o mal cardíaco é uma invenção deste século, pois estatísticas mostram que as primeiras décadas do século XX o número de ataques cardíacos fatais é significativamente maior do que na mesma época do século XIX. À medida que a mortalidade por doenças infecciosas diminuiu, passou a ser preponderante o papel das neoplasias e das doenças cardiovasculares como causa de morte nas sociedades mais desenvolvidas.

Esta transição epidemiológica, esta relacionada com a melhoria geral das condições sociais, econômicas e sanitárias, e por uma modificação nos hábitos de vida como o tabagismo, ingestão de bebidas alcoólicas, as mudanças nos padrões alimentares. O estresse cotidiano, sedentarismo, obesidade e hipertensão que são os exemplos mais citados de fatores de riscos modificáveis para doenças cardiovasculares.

As doenças cardiovasculares, quando não são fatais, levam com frequência, à cronicidade, com graves repercussões para os pacientes, famílias e sociedade. Dados epidemiológicos demonstram a importância de maiores investimentos na prevenção dessas doenças, não só para garantir a qualidade de vida, mas também para evitar gastos com hospitalização, que cada dia se torna mais onerosa em razão do alto grau de sofisticação em que se encontra a medicina moderna.

Esse fato ficou evidenciado em nosso estudo, uma vez que 80 % de nossa clientela foi submetida a procedimentos cardíacos invasivos, principalmente o cateterismo cardíaco, que, procedimento padrão para o diagnóstico e avaliação da gravidade das doenças cardiovasculares, identifica o grau e a localização da lesão cardíaca.

* Acadêmicas do Curso de Graduação de Enfermagem UFPR. Bolsistas de Extensão do GEMSA

** Prof.^a Adjunto do Departamento de Enfermagem UFPR, Doutora em Enfermagem, coordenadora do GEMSA

*** Prof.^a Titular do Departamento de Enfermagem da UFPR, Doutora em Filosofia de Enfermagem, membro do GEMSA

Frente a essa problematização, desenvolvemos um Projeto de Extensão da Universidade Federal do Paraná em um Hospital da Rede Pública, cujo objetivo foi identificar as repercussões do adoecimento na vida do adulto com problemas cardiovasculares e as suas implicações no processo de redefinição da identidade, uma vez que para o doente, a percepção da finitude e a necessidade de reagir e de reelaborar a própria vida, a partir da manifestação do processo mórbido, passam a constituir enormes desafios, e esse processo de readaptação é geralmente mediado por conflitos e sofrimentos (Ide et al., 2000).

2 METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência de Projeto de Extensão da Universidade Federal do Paraná, no ano de 2000, realizado em um hospital da Região Metropolitana de Curitiba que atende tanto o Sistema Único de Saúde, quanto particular. Participaram do estudo, todos os clientes internados na instituição com problemas cardíacos, que seriam submetidos a cirurgias cardíacas ou exames diagnósticos, totalizando 22 clientes, sendo 14 homens e 8 mulheres na faixa etária de 27 a 75 anos.

As entrevistas foram realizadas no período de agosto a novembro de 2000, por meio de um formulário, previamente testado, composto por questões abertas e fechadas divididas em quatro áreas: Identificação, trajetória interna, trajetória externa e aspectos relacionados a repercussões de vida pós adoecimento.

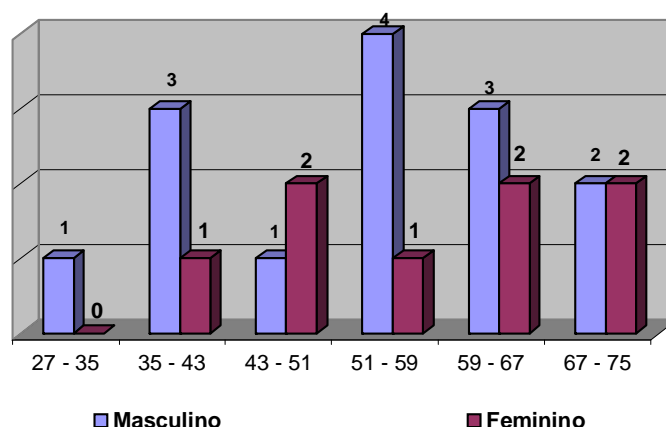
Foram obedecidos os preceitos éticos de participação voluntária, esclarecida e consentida, segundo a resolução 196/ 96 para os sujeitos, e quanto à Instituição foi solicitada a permissão frente à Direção e aos responsáveis, visto que a mesma não possuía um Comitê de Ética.

Para a realização desse trabalho, visitávamos a Instituição duas vezes por semana, no período da tarde, e nos encontrávamos com os clientes para orientá-los quanto aos procedimentos sobre os quais eles seriam submetidos.

3 RESULTADOS ENCONTRADOS SEGUNDO A DISTRIBUIÇÃO DOS SUJEITOS POR SEXO E IDADE

Os entrevistados, na sua maioria, encontravam-se na faixa etária de 51 a 67 anos (gráfico 1). Segundo Weinberg (1999), a pessoa nessa faixa etária sofre um aumento no estresse cotidiano diminuindo a prática de exercícios físicos além de modificarem a dieta alimentar e serem tabagistas.

GRÁFICO 1 – DISTRIBUIÇÃO DA CLIENTELA POR SEXO E IDADE.

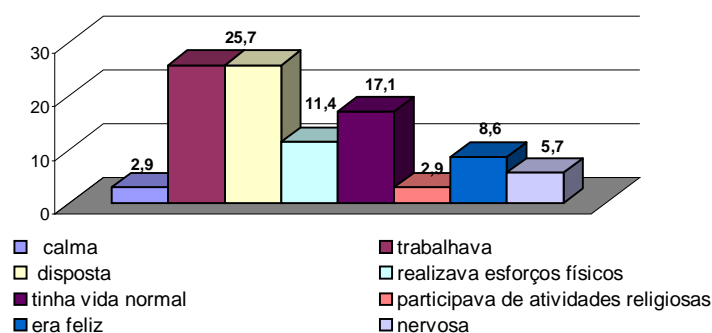


Em relação ao sexo, segundo Hafe et al. (1997), comprovou-se a prevalência de Infarto Agudo do Miocárdio no sexo masculino em relação ao feminino, isso pode ser explicado pelo fato das mulheres, antes da menopausa, serem protegidas pelo hormônio estrogênio, que dificulta a agregação de gorduras.

O ensino fundamental incompleto foi o grau de instrução de 67% dos entrevistados, fato que pode ser relacionado com a dificuldade de acesso à informação e à prevenção de doenças cardíacas, de acordo com estudos realizados por Hafe et al. (1997), a incidência de doenças cardíacas prevalece em pessoas com escolaridade baixa.

A doença cardíaca é para muitos dos nossos entrevistados fator limitante para as atividades sociais. Ao serem solicitados para se auto definirem antes do adoecimento, o trabalho e a disposição apareceram como pontos importantes para a “normalidade da vida” (gráfico 2).

GRÁFICO 2 – AUTO DEFINIÇÃO ANTES DO ADOECIMENTO.



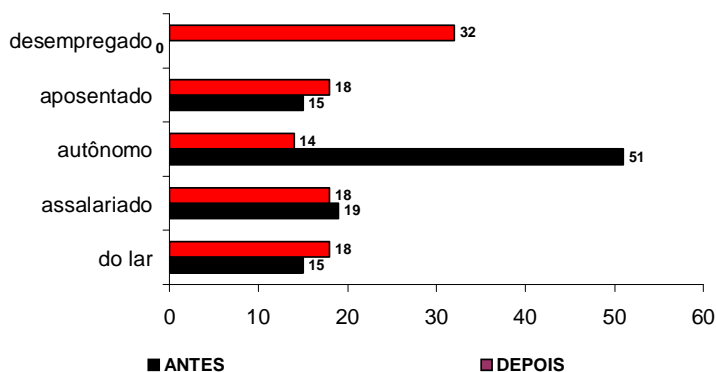
Segundo Cade (2002), as doenças crônicas são de etiologia multifatorial e os fatores ambientais contribuem em muito para sua gênese, manutenção e controle. O ambiente corrobora ou elicia comportamentos os quais funcionam como fator de risco para as doenças ou dificultam seu

controle. O ambiente, ainda, proporciona condições de vida estressora ou problemática eliciadora de emoções negativas como tristeza, depressão, nervosismo e inapetência, capazes de desviar a atenção do paciente sobre sua afecção, no sentido de ter menor motivação e envolvimento com ela, além do comprometimento sobre o bem-estar geral e sobre as relações interpessoais.

Num estudo realizado com doentes crônicos, observou-se que estes possuíam uma existência desfocada de subjetividade, com necessidades próprias projetadas na satisfação do outro e tendo como perfil identitário uma dificuldade de definir limites e espaços – de si e do outro – com um investimento no trabalho como forma de atribuir um sentido externo à sua vida, concretamente representada por um corpo utilitário (Mantovani, 2001). Fato observado por nós, pois 25,7 % dos entrevistados colocavam ao se auto definirem, que trabalhavam antes de adoecerem.

Após o adoecimento, vimos crescer o desemprego entre os clientes (gráfico 3), pois os mesmos afirmavam que dentre as limitações para o exercício do trabalho estavam: cansaço 30,4%, a dor no peito 24,2% e a falta de ar 12,2%. Constatamos, também, que a renda familiar diminuiu para 41% das pessoas entrevistadas.

GRÁFICO 3 – OCUPAÇÃO DO CLIENTE.



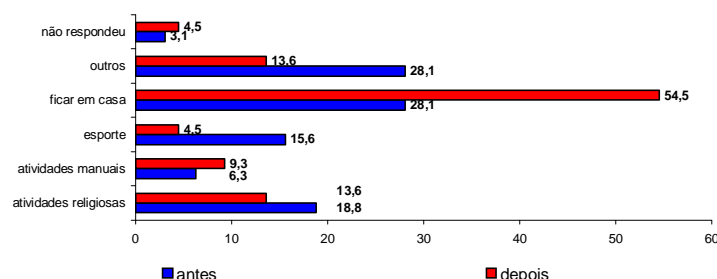
Profissionais autônomos e profissionais liberais apresentam maior prevalência à hipertensão. Nota-se a diminuição dos profissionais autônomos e o surgimento de desempregados devido às limitações físicas que a doença crônica impõe, apenas 15,2% dos entrevistados não relatam mal estar após a realização do seu trabalho.

4 TRANSFORMANDO OS HÁBITOS APÓS O ADOECIMENTO

Com a diminuição das atividades relacionadas ao trabalho, observamos que 54,5 % dos entrevistados passaram

a permanecer em casa, ocorrendo também um decréscimo nas atividades esportivas e religiosas (gráfico 4).

GRÁFICO 4 – MODIFICAÇÕES NOS HÁBITOS APÓS O ADOECIMENTO



Em nosso estudo foi possível constatar que a doença crônica interfere no cotidiano dos indivíduos. Segundo Martins et al. (1996), adoecer pode levar ao isolamento social, a um aumento da depressão e diminuição das expectativas de melhora, contribuindo para um sentimento de desesperança aos quais podemos associar aspectos de recreação e lazer. Cade, (2002), afirma que, a doença crônica pode se tornar uma fonte de tensão à medida que impinge outros desafios. São as novas incumbências, como fazer regime e tomar medicações diariamente, além dos medos que podem aparecer em alguma fase da doença, como morrer ou evoluir para alguma deficiência.

A pesquisa demonstrou que houve uma significativa diminuição no hábito de fumar, após o adoecimento ou internação, uma vez que o risco individual de desenvolvimento de doenças coronárias é o dobro em fumantes, sendo que na faixa etária de 45 / 65 anos isso triplica (Ferreira, 2000). Dos entrevistados, 32% continuavam fumando, sendo que desses, 29% consumiam menos de uma carteira diariamente. Segundo Mussi apud Ferreira (2000), o dano do fumo é elevado quanto maior a quantidade de cigarros fumados por dia e a duração do vício.

Dos 50% que relataram utilizar bebida alcoólica, 37% utilizavam eventualmente e 18%, diariamente antes do adoecimento. O consumo de álcool, segundo Ferreira (2000) tem associações importantes com a doença cardiovascular, como o aumento da pressão arterial e o risco de acidente vascular encefálico hemorrágico. As taxas significativamente altas de álcool têm um efeito tóxico sobre o coração, o que propicia a miocardiopatia alcoólica. Os 5% restantes que continuam a ingerir bebidas alcoólicas, após o adoecimento, relatavam o consumo diário de vinho tinto que poderia estar relacionado a crença da diminuição do “colesterol ruim”, ou ainda por estarmos em uma região que sofre influência da cultura italiana.

O exercício físico poderia diminuir o índice de mortalidade cardiovascular em todas as idades, incluindo idosos. Dos entrevistados que realizam exercício, 30 % relatam sentir dor no peito e cansaço. Segundo Fonseca et al. (2000), a atividade física periódica poderia reduzir a vulnerabilidade para arritmia ventricular e o requerimento de oxigênio pelo miocárdio.

A maioria dos sujeitos desse estudo tem hábitos de vida considerados sedentários. Entretanto, após o episódio cardíaco, houve um expressivo aumento na prática da caminhada por ser um exercício leve que não exige grandes esforços, além de ser acessível a todos.

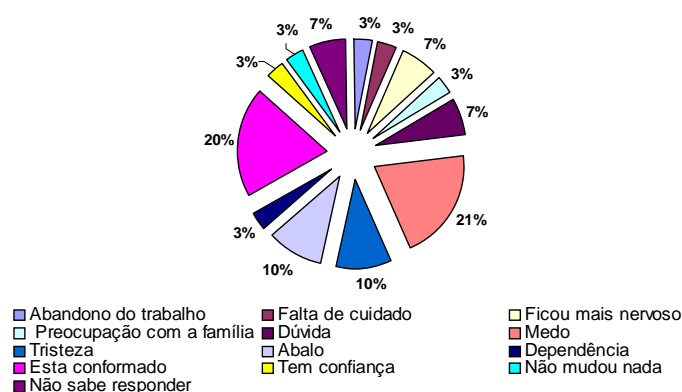
As modificações, nos hábitos alimentares, somente ocorreram após o agravamento da doença cardíaca, sendo que apenas 12,2% não alteraram a sua dieta. Em hipertensos, a redução de sal, colesterol e gordura saturada, favorece a prevenção de acidentes isquêmicos cerebrais e coronarianos.

“Comida, não são todas que eu como...” (E 1)

“... não como fritura que eu gostava muito.”(E 3)

Quanto à representação de ser portador de uma doença cardíaca, os sentimentos mais citados pelos pacientes foram o medo, abalo e tristeza, comuns na fase de descoberta e adaptação à nova condição de saúde (gráfico 5). Tais sentimentos, segundo Mantovani (2001), estão vinculados ao processo de adoecimento crônico e às possibilidades de desarmonias fisiológicas e restituições indesejáveis. Porém, 20% dos entrevistados relatam estar conformados com a doença, fato que pode prejudicar o tratamento desses indivíduos.

GRÁFICO 5 – REPRESENTAÇÃO DE UMA DOENÇA CARDÍACA

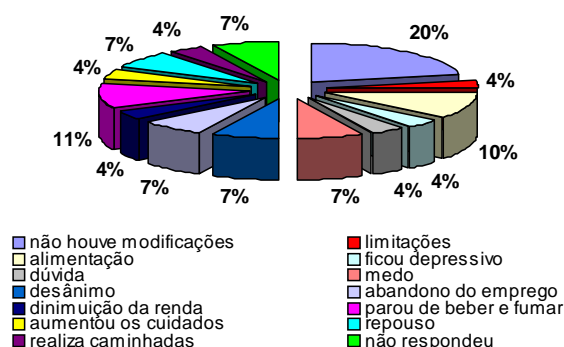


Na ocorrência de uma doença orgânica a imagem que o indivíduo tem do seu corpo é mudada imediatamente, toda estrutura motriz dos instintos de vida do sujeito passa a ser focalizada no órgão doente. As alterações orgânicas desencadeiam alterações sensoriais que ativam as

emoções do indivíduo, reestruturando sua imagem corporal (Romano, 1995).

O adoecimento crônico modificou a vida de 80% do grupo de entrevistados, seja no que tange as questões de limitações do trabalho, ou os hábitos do cotidiano (gráfico 6)

GRÁFICO 6 – MODIFICAÇÕES NOS HÁBITOS DE VIDA



Dos respondentes, 95% contam com o apoio de familiares e amigos para o acompanhamento do tratamento, facilitando o enfrentamento da cronicidade, porém, ressaltamos a manifestação de sentimentos como medo, limitações, dúvida, depressão, desânimo, e mudanças de hábitos de vida, que retratam os desafios propostos ao ser humano pelo processo de adoecimento, pois a recuperação dos pacientes deve, necessariamente, ser complementada com outras ações que envolvem, além dos profissionais de saúde, a família e a comunidade, possibilitando a sua reintegração sócio econômica (Bittar, 1994).

“Mudou tudo, até hoje não posso trabalhar.” (E 2)

“Mudou minhas saídas porque eu saía bastante, porque eu participo do movimento da igreja, tive que parar mais estou voltando...” (E 4)

“Mudou porque eu sou limitada...” (E 1)

“Repouso depois do almoço todos os dias senão canso...” (E 10)

“Na família mudou para melhor.” (E 7)

“Às vezes exagero nos cuidados.” (E 5)

“... tenho que saber meus limites.” (E 3)

A necessidade de compartilhar a experiência do adoecimento com outras pessoas que tenham passado por vivência semelhante, foi relatada por 90% dos entrevistados, uma vez que a troca de informações poderia ser oportunizada, na opinião dos clientes por conversas (57,8%) ou reuniões (26,3%). A organização de grupos de apoio e a realização de

visitas domiciliares são meios de socializar os conhecimentos sobre o adoecimento, o que possibilita sanar dúvidas comuns e promover um cuidado mais eficaz melhorando a qualidade de vida.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Projeto de Extensão, cujo resultado relatamos, oportunizou a descrição de experiências no ambiente hospitalar de sujeitos que conviviam com a doença crônica e externalizaram as modificações desta, no seu cotidiano.

Mudanças de hábitos alimentares, atividades de trabalho e físicas foram fortemente enfatizadas, sendo o apoio familiar uma condição de tratamento e cuidado para muitos.

Os resultados nos apontam na direção da criação de grupos de convivência para troca de experiências dos clientes portadores de problemas crônicos de saúde, uma vez que a maioria dos entrevistados relataram a necessidade de compartilhar experiências e informações com outras pessoas que passaram por situações similares.

ABSTRACT: It is a case history of an extension project of Federal University of Parana named "The Adult with Cardiovascular Problems and the Process of Identity Remaking to Cope with Chronicity", whose goal was to identify the change repercussions in the daily lives of individuals presenting cardiovascular problems admitted at a hospital in the Metropolitan Area of Curitiba/ Parana – Brazil. An instrument for data collection, previously tested, was devised to undertake this study, being applied under the ethical procedure of informed consent, two afternoons a week during the year 2000. Twenty-two (22) clients participated in this study: 14 men and 8 women, ranging from 27 and 75 years of age, being visited before and after surgeries. Changes in their daily lives were ultimately related to work and physical exercises, food and smoking habits, family support being stressed to cope with these problems. The results of this study point out the peer groups which aim at promoting life

quality to clients with chronic health problems and further experience and information exchange among people who have gone through similar situations.

KEY WORDS: Chronic disease; Nursing; Cardiovascular diseases; Quality of life.

REFERÊNCIAS

- 1 BITTAR, O. J. N. V. Recolocação social entre pacientes com revascularização do miocárdio: influências da família e de profissionais da saúde. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 27, n. 3/4, p. 368-75, jul./dez. 1994.
- 2 CADE, N. V. **O modelo cognitivo – comportamento em grupos e seus efeitos sobre as estratégias de enfrentamento, os estados emocionais e a pressão arterial de mulheres hipertensas**. São Paulo, 2002. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.
- 3 FONSECA, F. A. H. et al. Modificações dos hábitos de vida e outras opções terapêuticas. **Rev. Soc. Cardiol. Est. S. Paulo**, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 1-7, jun. 2000.
- 4 HAFE, P. et al. Factores de risco de enfarte do miocárdio: um estudo caso – controle no Porto, Portugal. **Rev. Port. Cardiol.**, Lisboa, v.16, n. 9, p. 695-702, jun. 1997.
- 5 IDE, C. A. C. et al. Compartilhando uma vivência limite: as representações de familiares acerca do processo de hospitalização. **O mundo da Saúde**, São Paulo, v.24, n.4, p. 278-283, jul./ago. 2000.
- 6 MARTINS, I. S. et al. Doenças cardio ateroscleróticas, dislipidemias, hipertensão, obesidade e diabetes melito em população da área metropolitana da região Sudeste do Brasil. III – Hipertensão. **Rev. Saúde Públ.**, São Paulo, v. 31, n. 5, p. 466-71, jul. 1996.
- 7 MANTOVANI, M. F. **Sobrevivendo: o significado do adoecimento e o sentido da vida pós ostomia**. São Paulo, 2001. Tese. (Doutorado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.
- 8 ROMANO, B. W. et al. Modificações da imagem corporal ao longo do processo de transplante cardíaco. **Rev. Soc. Cardiol. Est. S. Paulo**, São Paulo, v. 5, n. 6, p. 9
- 9 WEINBERG, M. et al. Bate Mais Forte. **Veja**, São Paulo, n.1618, out. 1999. p. 120-125.

Endereço das autoras:
Rua Padre Camargo, 280 - Alto da Glória
80060-240 - Curitiba-PR